

治療用照射装置の出力線量測定 申込書

公益財団法人医用原子力技術研究振興財団 殿

申込日：西暦

年

月

日

1. 施設情報

施設名(病院名)			
住所	〒 _____		
施設長	役職名 :	氏名 :	印
放射線治療責任者	所属 :	氏名 :	印
品質管理担当者 <small>測定内容等がわかる方の氏名等を記入して下さい</small>	所属 :	氏名 :	
	電話 :		
	E-mail :		

2. 照射装置(加速器)

製造業者	型式	製造番号

3. 測定内容

① X線条件												
公称エネルギー		校正条件 (必須選択)	校正条件以外の項目(任意選択)								条件数	条件数小計①
			照射野条件(cm ²)				ウェッジ条件(°)					
			5x5	15x15	20x20	25x25	15	30	45	60		
	MV											
	MV											
	MV											
	MV											
	MV											

② 電子線条件											
校正深 d_c はcm単位で小数点第二位を四捨五入し、小数点第一位までを記入して下さい。											
公称エネルギー		校正深 d_c		公称エネルギー		校正深 d_c					
	MeV		cm		MeV		cm	条件数小計②			
	MeV		cm		MeV		cm				
	MeV		cm		MeV		cm				
	MeV		cm		MeV		cm				

条件数の合計 ;	条件
----------	----

4. 測定セット送付先、請求書送付先 等

測定セット送付先		品質管理担当者	その他(下記の内容を記述して下さい)	
	その他	所属: _____ 住所: 〒 _____	氏名: _____ 電話: _____	
請求書送付先		施設長	品質管理担当者	その他(下記の内容を記述して下さい)
	その他	所属: _____ 住所: 〒 _____	氏名: _____ 電話: _____	
請求書に記載する宛名		指定しない(施設名)	その他 (_____)	

※ 報告書は「1.施設情報」の施設長宛に送付致します。

5. 連絡欄

--	--

財団
記入欄

受付日
受付番号
発送日